



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**Facultad de Psicología**

**Trabajo de  
fin de Máster**

**Modalidad**

**“Desarrollo de un estudio bibliográfico”**

**Articulación de la  
psicoterapia  
integrativa de Luis  
Cencillo**

**Autor del TFM**

**Simón Fraga Pico**

**Tutor del TFM**

**Vicente Manuel Ortiz Oria**

**Máster en Psicología General Sanitaria**  
**Año 2019-2020. Convocatoria Febrero.**

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca para  
la obtención del Máster en Psicología General Sanitaria

**Declaración de Autoría:**

- 1) He redactado el trabajo “Articulación de la psicoterapia integrativa de Luis Cencillo” para la asignatura de Trabajo Fin de Máster en el curso académico 2019-2020 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.
- 2) He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.
- 3) El trabajo realizado así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.
- 4) Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.

Salamanca, 12 de Febrero de 2020

Simón Fraga Pico

## Índice

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
1.1 FUNDAMENTACIÓN ANTROPOLÓGICA.....	6
1.2 BASE CIENTÍFICA DE LA PSICOTERAPIA DIALÍTICA.....	8
1.3 EL MODELO DIALYTICO-HOLOGÉNICO: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS.....	9
<b>2. METODOLOGÍA.....</b>	<b>12</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 POSICIONAMIENTO INICIAL, EXPLORATORIO Y DE ALIANZA.....	15
3.2 POSICIONAMIENTO MESETARIO Y TRANSLABORATIVO.....	16
3.3 POSICIONAMIENTO RESISTENTIVO.....	18
3.4 POSICIONAMIENTO RESOLUTIVO Y MOVILIZATIVO.....	20
3.5 POSICIONAMIENTO INTEGRATIVO.....	22
3.6 POSICIONAMIENTO RESEMANTIZADOR.....	23
3.7 POSICIONAMIENTO REALIZATIVO.....	25
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>27</b>
4.1 PSICOTERAPIA DIALÍTICA DE LUIS CENCILLO: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	27
4.2 JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN PROPUESTA.....	28
4.3 RELEVANCIA DEL TRABAJO PARA LA PSICOLOGÍA.....	28
4.4 LIMITACIONES DEL TRABAJO.....	29
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>31</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>32</b>
7. Apéndices.....	33

## Resumen

Luis Cencillo es, entre otros, uno de los más grandes eruditos de la psicoterapia española. Ha elaborado un modelo de terapia que pretende ser integrador, partiendo de una base psicoanalítica pero fundamentándose en sus conocimientos sobre las ciencias psicológicas, antropológicas, la lingüística, el derecho y la teología. A la luz de la multiplicidad de modelos de intervención existentes y emergentes en los últimos años, éste se erige proponiendo un proceso terapéutico integrativo, centrado en las personas y en una articulación fásica clara que da cabida a todas ellas. Haciéndonos eco de esta propuesta, este trabajo pretende analizar y comprender la articulación fásica y el modelo terapéutico dialytico-hologénico a partir de una revisión de la propia literatura escrita por nuestro autor. Planteamos tres cuestiones previas necesarias (fundamentación, base y definición del modelo) para desengranar éste en sus fases y dotar a cada una de ellas de entidad y protagonismo. Entre los resultados encontramos el desglose de la articulación terapéutica y los aspectos más importantes de los posicionamientos terapéuticos. Como último broche, se concluye la necesidad de las intervenciones *integradoras* y *adaptadas* a la concreción de los casos así como el potencial teórico y práctico que otorga la antropología a la psicología. Finalmente se añaden las implicaciones para el Psicólogo General Sanitario, que abarcan desde un conocimiento sistematizado del proceso terapéutico hasta claves de cada una de sus fases, como pueden ser las clasificaciones de silencios, o resistencias, o las razones por las que los casos pueden parecer no mejorar en un tiempo dado. Esto, sumado a las enseñanzas del profesor Luis Cencillo, dotan al Psicólogo General Sanitario de un modelo terapéutico que permiten ampliar su esquema de la psicoterapia y de conocimientos prácticos que ayudarán en su práctica, tanto en sus inicios como a lo largo de su carrera.

## Palabras clave:

Luis Cencillo, modelo dialytico, psicoterapia, psicoanálisis antropológico, revisión bibliográfica.

## Abstract

Luis Cencillo is, among others, one of the greatest scholars of the spanish psychotherapy. He has developed a therapy model that aims to be integrative, standing on a psychoanalytic base, but having its foundation on psychology, antropology, linguistics, law and theology. With all the existent and emerging intervention models in mind, this one makes itself a place proposing an integrative therapeutic process, aimed for people, with an open place to make room for them all. Echoing this proposal, the aim of this review is to analyze and comprehend the phasic articulation and the dialytic-hologenic therapetic model after reviewing our author own's literature. We come up with three previous matters (foundation, base and definition of the model) to disengage it in its phases, giving them entity and protagonism. Amont the results we find up the therapeutic articulation and the most important aspects of the therapeutic moments. As a final touch, we conclude the necessity of the *integrative* and *adapted* to the people intervention, as the theoretical and practical potential which the antrophoogy gives to the psychology. Finally, implications for the Psicólogo General Sanitario are given, which are, from sistematized knowledge of the therapeutic process to the keys for each of it phases, that can be the classification of the silences, resistences, or the reasons why some cases might not appear to better from time to time. This, added to the teachings of the professor Luis Cencillo, give to the Psicólogo General Sanitario a therapeutic model that make him able to amplify its view of the psychotherapy and giving him practical knowledge that will help him in hits practice, both in his beginnings and throughout its career.

## Keywords:

Luis Cencillo, dialytic model, psychotherapy, antropologic psychoanalysis, bibliographic review.

## **1. Introducción**

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es analizar la información existente en la literatura científica sobre uno de los autores con mayor repercusión en el panorama de la psicoterapia psicoanalítica de nuestro país: Luis Cencillo. Concretamente, los principales objetos de estudio de este trabajo son, por un lado, la articulación del proceso terapéutico de la terapia integrativa dialéctico-hologénica, y por otro, su fundamentación antropológica y la discusión y recopilación de evidencia de su eficacia. Para ello, se hace necesario en primera instancia hacer una breve introducción a tres aspectos clave que justifican y dan sentido a este trabajo: la fundamentación antropológica, la base científica de la psicoterapia dialéctica y el planteamiento del modelo psicoterapéutico.

### **1.1 Fundamentación antropológica**

A la hora de establecer su teoría y su modelo terapéutico, Luis Cencillo se apoyó en sus estudios y su dominio acerca de otras ciencias sociales con el objetivo de integrar los conocimientos de cada una de ellas para ser capaz de realizar una fundamentación, que es eminentemente antropológica, del modelo dialéctico. La antropología cultural estudia cómo las personas en diferentes lugares entienden el mundo a su alrededor y conviven con él, cómo piensan y qué reglas de interacción median su conducta; dentro de un marco general que es el de la antropología, el estudio de qué nos hace ser humanos. Para Cencillo, la cultura es la capacidad de concebir el mundo de manera simbólica, de aprender y transmitir estos símbolos a otros humanos, y de intervenir en el entorno y en nosotros mismos mediante la utilización de estos símbolos (Cencillo, 1978).

Cencillo (1977) afirma que una investigación antropológica científica no puede simplificar operacionalmente la información básica y tratar de crear una totalización explicativa a base de datos de un solo tipo (entiendiéndose de una sola área de estudio, por ejemplo, psicopatología, neurología, lingüística, etc.) o procedentes de escasos niveles de estudio. Sólo puede conseguirse desarrollar ciencia si llegan a construirse modelos válidos, con la dificultad residiendo en la coordinación modelica de los parámetros constitutivos de la ciencia antropológica integral. Por ello, afirma que la naturaleza específica del hombre, con todos sus elementos, presupuestos, condiciones, implicaciones y consecuencias, en cuanto sea posible positivarlas o aludirles de algún modo modelico, es objeto de la intención científica del psicoanálisis antropológico.

Posteriormente, en la obra *La práctica de la psicoterapia* (1988a), teniendo en cuenta la base antropológica del modelo descrita en otras obras, el autor afirma que las claves de comprensión de la conducta humana y del tratamiento de las enfermedades mentales y trastornos de personalidad no bastan con ser del tipo bioquímica o fisiológica, si no que han de ser preferentemente de carácter total e interdisciplinar. Estas deben ser sociales, comunicacionales y simbólicas, tratadas por la Antropología. Sin estas claves, pecaríamos de limitarnos a lecturas sectorialmente científicas, anulando posibilidades de tratamiento y de éxito. Sólo las lecturas integrales, comprendiendo ampliamente la fenomenología de lo humano, puede servir definitivamente para diagnosticar, comprender y “curar”. Con esto no se afirma que las claves comúnmente utilizadas sean incorrectas o desaconsejadas, sino que se aboga por una visión *integral* de estas junto con las antropológicas y psicológicas.

Con el objetivo de lo que aquí atañe y para sintetizar la información, enumeramos los principales factores que han de constituir los códigos adecuados (Cencillo, 1988a):

- Factor T: Existen tres totalidades que hay que tener en cuenta para comprender el fenómeno humano, su patología a cada paciente. La totalidad de la especie, la interacción social y la totalidad dialéctica de la persona como unidad compleja. De aquí que exista dependencia de los factores patógenos en relación con la cultura y el sistema socio-político. Al ser el hombre un animal dialéctico, lo colectivo se convierte en propio, lo personal se socializa y lo real se convierte en símbolo. Dicho esto, es interesante añadir que, en los aprendizajes, nunca permanece lo aprendido intacto, sino que es modificado por quien lo recibe (por ello la patología no debe ser necesariamente un mala aprendizaje, sino la mutación dialéctica en el receptor, provocada por factores ajenos al aprendizaje).

- Factor A: Los aprendizajes, los símbolos y significados, la realidad individual y los hechos que la conciernen han de ser asumidos para que se cree una identidad. Y sólo desde la base de esta identidad, se puede integrar en la personalidad el conjunto de elementos que la componen. Toda persona que configura su propio mundo ha de haber conseguido una identidad orientativa, que junto a la atribución aperceptiva supone hacerse la personalidad. Por ejemplo, por esta razón es tan importante la necesidad de identificación institucional y funcional de las personas dentro de las sociedades y los elementos que la componen.

- Factor S: La especie humana genera y vive a base de símbolos, que se hallan asociados a impulsos, tendencias y de seos. En la cognición encontramos cadenas

asociativas de símbolos y unidades significacionales. Así, el mundo humano se constituye como un entramado de símbolos, en diversas clases de contenidos y connotaciones de los cuales se derivan designaciones prácticas y concretas. Por esta razón, el mismo mundo real se presenta de formas diversas para una u otra persona, en función de los símbolos que maneje y de su cosmovisión.

- Factor P: El mundo real humano no consiste en sustancias estáticas u objetos, sino de procesos evolutivos y productivos de estados, instrumentos, sistemas, y en definitiva, constituido por una *praxis*. La realidad es dinámica y procesual debido a que vemos el mundo físico y al mismo tiempo estamos en él, lo que produce la existencia de esta llamada *praxis*.

El autor afirma, que estas cuestiones son competencia del área antropológica (Cencillo, 1973), y por tanto, sin un estudio antropológico adecuado, no es posible comprender terapéuticamente la conducta humana y la fenomenología de sus trastornos y distorsiones, por ello este apartado de fundamentación antropológica.

## 1.2 Base científica de la psicoterapia dialítica

En diversos tratados describe Cencillo una variedad extensa de razones por las que la psicología ha sufrido de un reduccionismo científico a lo largo de su corta vida, y al mismo tiempo critica este reduccionismo como uno de los grandes lastres que arrastramos hasta nuestros días. Sin embargo, no es objetivo de este trabajo enumerar las razones por las que se defiende esta idea ni realizar un desarrollo lógico de las mismas, por cuestiones de extensión y abarcabilidad del propio tema de investigación. Algunas de las obras en las que han sido tratados estos puntos son: *Método y Base Humana* (Cencillo, 1973b), *Libido, terapia y ética: conflictividad en el psicoanálisis* (Cencillo, 1974), *Interacción y conocimiento* (Cencillo, 1998), *Eficacia de una terapia dinámica* (Cencillo, 2008) y mucho más extensa y concretamente en la obra *Transferencia y sistema de psicoterapia* (1977).

No obstante, en este apartado intentaremos realizar una breve introducción a la base científica de la psicoterapia dialítica, planteando algunas de las razones por las que se puede considerar una intervención *basada en áreas de conocimiento científico* y por tanto en sí misma *científica*.

Para empezar, una terapia que pretendiese operar únicamente sobre “datos científicos” resultaría hoy prácticamente inviable, pues ninguna ciencia ha explorado el campo humano



tan completa y exhaustivamente para poder suministrar todos los datos necesarios, positivados y verificados. De la misma forma, si el objetivo es llegar a conclusiones ciertas o de máxima probabilidad, no se puede permitir prescindir de factores, datos o parámetros que sean accesibles, por el mero hecho de que no sean calculables, o porque no tengan cabida en el modelo explicativo de la conducta que se utilice (Cencillo, 1977).

Seguidamente, basar la científicidad de un análisis de la personalidad en su cuantificación y medibilidad aritmética, sacrificando todos los demás datos (siendo desechados por ser, de algún modo, no medibles u observables), conlleva a una evaluación alejada de la realidad (sólo cercana en aspectos superficiales) y crear un constructo o abstracción irreal que no se corresponde con la misma. Y, con ello, un valor terapéutico menos efectivo (Cencillo, 1973b).

En definitiva, se añade que la científicidad de un conocimiento no incrementa la “veracidad” del mismo. Lo decisivo para el conocimiento de la personalidad y su terapia, es poseer la mayor cantidad de información acerca de la misma, controlada sistemáticamente por un procedimiento *factible* (y no simplemente determinado a priori), puesto que lo importante es el conocimiento y no su medida (ya que la segunda reduce el primero, prescinde de gran cantidad de información y otorga un mayor valor a unos datos que a otros) (Cencillo, 1982).

*Lo verdaderamente esencial para que un saber o conjunto de contenidos de información sea científico es su organización en forma de relaciones sistemáticamente controlables.* (Cencillo, 1977, p. 42).

Por estas y otras razones, Cencillo establece una axiomática, que intenta fundamentar una nueva epistemología de las ciencias en general, y en la que las ciencias humanas estén al mismo nivel que las matemáticas, o de la naturaleza. Por su extensión, se añade en el apéndice A (Ver Apéndice A).

### **1.3 El modelo dialytico-hologénico: definición, características y objetivos**

En este apartado trataremos de explicar de forma breve e introductoria el modelo psicoterápico que es objeto de desglose en este trabajo, ya que el principal objeto de estudio es su formulación y articulación terapéutica, es decir, el proceso terapéutico en sí mismo. Existen tres puntos clave que hay que tratar para entender la articulación: el significado de los

adjetivos dialýtico y hologénico, sus diferencias con el psicoanálisis y los objetivos con los que se formula.

Por un lado, citando al autor: *el término diálýsis connota proceso (cosa que el de análisis no hace), un proceso translaborativo que va disolviendo fijaciones, barreras, bloqueos y los va canalizando, integrativamente, en una totalidad funcional (hologénesis). Diálýsis añade al concepto de disolución en sus elementos (lyo) el matiz de su resolución en un proceso dinámico canalizador (día = a través, lo cual connota evidentemente sucesión de fases y por lo tanto proceso)* (Cencillo, 1977, p. 62)

Por otro lado, hologénico dota de un matiz característico a la existencia de la cantidad de niveles, elementos, dimensiones y de registros que han de ser afectados y movilizados por la terapia, para obtener la “curación” total; así como expresa que es la integración de todos ellos en una totalidad funcional (Cencillo, 2001).

Una de las principales diferencias con el psicoanálisis es que éste no expresa la calidad de dinamismo que el proceso terapéutico implica, sino que refiere más bien a una pasividad por parte del terapeuta y del paciente en el que el primero intenta intervenir lo mínimo (por ejemplo, en el psicoanálisis ortodoxo o lacaniano). Es más bien analizar por partes el proceso reflexionando y como su propio nombre indica *analizando* pero sin ir más allá.

En algunas obras, dentro de una visión más amplia, Cencillo (1974) propone que: *La terapia de orientación psicoanalítica ha de cumplir la triple finalidad de:*

- *Ayudar al paciente a integrar en una estructura de personalidad elástica todas sus energías reales (“desrrepresión”).*
- *Ayudarle a abrir vías de canalización expresiva, proyectiva y comunicativa hacia la realidad.*
- *Ayudarle a responder a estas exigencias lo más adecuadamente posible, canalizando aquellas energías desreprimidas e integradas.*

Asimismo, y para finalizar con este apartado introductorio, dentro de la psicoterapia dialýtica no se maneja el término “curación” si no como una metáfora (debido a que este término es puramente *médico*) de una asistencia inductiva y de apoyo a los procesos de transformación y conducta, de la personalidad y sus estructuras y de la asunción e

identificación del paciente en sí mismo, esto es, *terapia* en su sentido etimológico *therapeía*, que significa “servicio”, “sostener” y “apoyar” (Cencillo, 1978b). Por ello, la psicoterapia no *interviene*, si no que asiste; no es dirigista, sino que *reconduce* las energías y la personalidad del paciente; así, maneja *todo* lo perteneciente a la relación terapéutica. En palabras de Cencillo (1988a, p. 84): [...] *no se trata de “curar”, ni de “desahogarse”, ni de “modificar la conducta”, ni, simplemente, de “conocer” o “explorar el Inconsciente”; se trata de apoyar y estimular al paciente (como el muro de un frontón “apoya” los tiros del jugador) para que vivenciando su realidad total (en cuanto sea posible) o “profunda” y radical, se asuma, se reestructure, reorganice su dinámica pulsional e integre su personalidad en función de su identidad y de la realidad de su entorno cambiante.*

## 2. Metodología

Puesto que esta revisión bibliográfica no es una revisión al uso (no está realizada con una búsqueda en una base de datos de psicología, ni utiliza artículos científicos como fuentes principales de información; dos obstáculos que serán tratados con mayor detalle en el apartado de discusión), y porque está realizada con libros como principales fuentes documentales, en este apartado desglosaremos los criterios y la forma de selección de los mismos.

Debido a que, eminentemente, se utilizan libros del profesor Luis Cencillo para fundamentar la revisión (puesto que es una revisión de su obra, y concretamente de la articulación del proceso terapéutico propuesta por él), se ha utilizado como primer criterio de inclusión de libros la pertenencia de los mismos a la bibliografía propuesta por el Instituto Psicoanalítico de Salamanca en su página web (Instituto Psiconalítico de Salamanca, 2019). En ella aparecen las principales obras de Cencillo relacionadas con el Psicoanálisis Antropológico. Así, se excluyen de la revisión todos aquellos libros escritos por Cencillo no pertenecientes a la misma por no estar relacionados con el tema a tratar.

En esta propuesta se desglosan los libros relacionados con el psicoanálisis antropológico en cinco categorías: *base antropológica del psicoanálisis*; *arquitectura conceptual del sistema de psicoterapia*; *sueños*; *psicopatología psicoanalítica*; y *salud mental, ética, política y estética*. Basándonos en el título del trabajo y en las cuestiones introductorias y de fundamentación, encontramos que las dos primeras categorías son las que mejor identifican el trabajo y las que más relacionadas están con el mismo, puesto que tratan estos mismos temas. Así, de ellas, se han revisado los libros incluidos. Por otra parte, de la categoría de sueños se han seleccionado dos por su relevancia a la hora de fundamentar la *cientificidad* del psicoanálisis: *Los sueños factor terapéutico* (Cencillo, 1982) y *Terapia, lenguaje y sueño* (Cencillo, 1973) ; y de la categoría ética, política y estética se ha escogido uno por su relación con la ética y los objetivos de psicoanálisis: *Libido, terapia y ética: conflictividad ética del psicoanálisis* (Cencillo, 1974).

Finalmente, la categoría “Psicopatología psicoanalítica y salud mental” se ha excluido de la revisión por pertenecer a otra área de estudio, y, de la misma forma, se han excluido los libros puramente relacionados con la filosofía.

El Instituto Psicoanalítico de Salamanca está formado por profesores de la Universidad de Salamanca y psicoanalistas didactas de la fundación Cencillo de Pineda y fue presidido en su momento por el propio Luis Cencillo. El método de formación es el psicoanálisis antropológico y sus profesores y miembros lo imparten y practican. Por todo ello, se ha considerado una fuente fiable para la selección de estudios para este trabajo.

De este modo, como resultado final, hemos seleccionado un total de trece libros de Luis Cencillo relacionados con el propósito del trabajo, así como el libro *Lecciones de psicoterapia de Luis Cencillo* (Ortiz Oria, 2018) por su relación con el compendio de estudios de Cencillo y del psicoanálisis antropológico.

### 3. Resultados

A continuación, presentamos los resultados de la revisión bibliográfica resultante de la metodología utilizada en el apartado anterior. Para ello, el modelo que seguiremos será el siguiente: presentar la estructura del modelo de terapia integrativa de Luis Cencillo, desglosando sus fases y posicionamientos al tiempo que añadimos en cada uno de ellos, de forma diacrónica, las aportaciones más importantes de este autor y de su trabajo y trayectoria.

Antes de comenzar con el desarrollo de las fases y posicionamientos de la terapia dialytica, es necesario definir con la mayor exactitud posible estos dos términos. Existe una articulación del proceso terapéutico que se compone de diversas sesiones, las cuales no parecen tener diferencias, sin embargo, considerándolas por *grupos de sesiones*, o *etapas*, las diferencias pueden ser muy importantes. Las etapas no son rígidas ni se suceden mecánicamente, por ello también son llamados posicionamientos evolutivos: se aprecia una modulación cambiante de los momentos del proceso terapéutico, que avanza paulatinamente. Esto es, los procesos pueden alternar y coexistir, en incluso se puede retroceder en la terapia.

En rasgos generales, las *fases* se manifiestan como cuatro grandes tramos: *obtención de material orientativo y de alianza, translaboración y resistencias, resolución de las mismas y integración, ajuste y apertura activa a la realidad. A través de estas cuatro fases generales, se observan, con mayor precisión, siete posicionamientos, comúnmente sucesivos (aunque no necesariamente, pudiendo coexistir -algunos de ellos, dentro de la misma etapa-). Esta división es, en la práctica, para obtener control sobre el proceso, y en la teórica, para una explicación fenomenológica más sencilla del mismo. Los posicionamientos son los siguientes:*

- Posicionamiento inicial, exploratorio y de alianza.
- Posicionamiento mesetario y translaborativo.
- Posicionamiento resistitivo.
- Posicionamiento resolutivo y movilizador.
- Posicionamiento integrativo.
- Posicionamiento resemantizador.

- Posicionamiento realizativo.

### 3.1 Posicionamiento inicial, exploratorio y de alianza

El primer posicionamiento con el que nos encontramos en el proceso terapéutico puede ser considerado como un posicionamiento inicial y primario que está caracterizado por cumplir las siguientes funciones: (a) mitigación de ansiedad y de temores del paciente, (b) encauzar el discurso sin intervenciones artificiales (dejar que el paciente inicie las sesiones, sin preguntar por un tema en concreto, y que fluya de forma natural), (c) consolidar la transferencia y la alianza terapéutica, (d) sentir el paciente que está siendo apoyado y aceptado incondicionalmente, (e) instaurar un tono y ambiente concretos (determinado por el tipo de caso) y (f) comenzar a acumular material no contaminado (por intervenciones o señalamientos del terapeuta).

Al comienzo de la terapia, el terapeuta no debe intentar ser eficaz ni producir ningún tipo de modificación en el estado del paciente, tampoco se busca producir cambio alguno en el paciente, ni tampoco señalar datos o información concreta ni suscitar material en el paciente. Lo único que se ha de mantener es la mayor apertura de ánimo (para captar empáticamente) y la mayor serenidad posible, para no dejarse contaminar por las ansiedades del paciente ni proyectar en él sus inseguridades. No deberían hacerse preguntas que predeterminen el sesgo y la temática del discurso del paciente. Sin embargo, no debemos dejar que transcurran las sesiones en silencio (no en esta fase, por lo menos), sino que debemos basarnos en un principio de ahorro de sufrimiento: no permitir más ansiedad de la inevitable y no señalar las partes malas del paciente, sino preferentemente las buenas.

Antes de este primer posicionamiento se realizan una serie de sesiones (como mínimo, y en muchos casos, únicamente una), llamadas “entrevistas”, en las que se estudia la tratabilidad del caso, esto es, la capacidad del terapeuta para tratar el caso (pues se parte de que todos son tratables). Durante las entrevistas, se intenta conocer al paciente, fijar las reglas del juego, los horarios y honorarios, y los límites de la relación terapéutica (estos son, la no disponibilidad del terapeuta fuera de las horas, la no obtención de otros bienes del terapeuta y los límites comportamentales dentro de la sesión). Las entrevistas no son para instruir ni adoctrinar sobre el método terapéutico, el paciente *no conoce las técnicas ni los posicionamientos* del proceso. La entrevista es muy delicada e importante, puesto que es el primer encuentro entre paciente y terapeuta, y esto tiene bastante repercusión en la posterior alianza terapéutica.

En relación a estas entrevistas, y durante los comienzos de la primera fase (que comienza cuando el terapeuta ha evaluado la tratabilidad del caso), hace falta determinar los límites de la relación terapéutica, es decir, el encuadre terapéutico. Este no debe ser adoctrinador, ni siquiera se debería explicar el método que se va a emplear, puesto que esto provocaría una producción de material concreto en el paciente (por ejemplo, si se le dice que el método se centrará en sus sueños, éste hablará de los sueños, y etc.). El paciente encontrará el mismo los límites en cuanto se los salte de forma espontánea, puesto que imponerlos desde un principio resta espontaneidad a la marcha del proceso, y asimismo toda conducta del paciente en un primer momento es material analizable posteriormente en terapia.

Finalmente, en este primer punto existen dos elementos clave que tendrán un protagonismo singular a lo largo de todo el proceso, son la transferencia y la alianza terapéutica. La transferencia puede concebirse como la dinámica proyectiva inconsciente que se establece entre paciente y terapeuta, condición indispensable para que la comunicación tenga efecto movilizador o de apoyo. El terapeuta, en los inicios, tiene una doble función: la de ser una figura en la que el paciente puede descargar sus impulsos, deseos y temores más profundos y permanecer como un ente superyoico tolerante y aceptador de estas movilizaciones. La relación terapéutica es paradójica pues es un tipo de relación de mayor intimidad y al mismo tiempo de mayor distancia simbólica (puesto que el comportamiento del terapeuta implica una no-ideología concreta, esto es, no mostrar su opinión, su curiosidad o hablar de su vida personal). De la misma forma, la transferencia provoca la contratransferencia, que básicamente se resume en que el terapeuta siente en sí mismo vivencial y afectivamente lo que el paciente le está enviando y proyectando, y a veces incluso su significación.

### **3.2 Posicionamiento mesetario y translaborativo**

La dinámica en las fases medias consiste en una profundización en las estructuras psicológicas de la persona, en la aparición de patrones simbólicos de pensamiento y acción y en una movilización de la vida afectiva y pulsional.

Hasta ahora, hemos hablado del material como un concepto fundamental en la terapia dialyctica. Para entenderlo, pueden formularse tres principios básicos: (a) Todos los elementos que se transmitan o que vehiculen los procesos de comunicación del paciente pueden ser compulsados como constelaciones de *material*, (b) debe prevalecer la espontaneidad en la emergencia del *material*, (c) pero si éste persiste en emerger, puede promoverse, de algún



modo discreto y flexible, su producción, y así convertir en auténtico *material* dialyítico lo que aparentemente es inocuo y redundante. Teniendo en cuenta, como fundamental, que lo importante son los significados (por ejemplo, lo importante es la curiosidad del paciente cuando nos pregunta qué tal va la terapia, si no su necesidad de control). El material puede emerger espontáneamente o ser señalado (provocado por el terapeuta), o leído entre líneas.

Tras la tenencia de una mínima comprensión totalizadora del paciente, obtenida mediante la recogida de información y de material característica de la fase exploratoria, mediante un principio básico de abrirse al caso (*dejarse dirigir la palabra por el paciente*), continúa la fase mesetaria. En esta fase se analiza el material, y esta labor suscita más material de niveles más profundos (provocando actitudes y verbalizaciones más irracionales y regresivas) partiendo de tres principios (Cencillo, 1988a):

- Principio de abstinencia: que excluye de la relación terapéutica la satisfacción de deseos del terapeuta.
- Principio de distancia simbólica: el trato terapeuta/paciente no debe a intimidades o a modos reales de relación (relación *fuera* del proceso terapéutico)
- Principio de negatividad: en su aspecto práctico, tolerancia no dirigista. Esto es, ayudar al paciente a identificarse y asumirse en toda extensión de su personalidad y a movilizarse desarrollando sus propias opciones y ética autógena.

Con todo ello, esta fase es complicada porque es muy larga y en ella existe escasez de nuevo material, monotonía emocional en las sesiones, reiteración de recuerdos, aburrimiento o desaliento del paciente y sensaciones negativas en el terapeuta. Sin embargo, existen cambios: las formas de narrar y sentir las circunstancias, la aparición de las resistencias en su punto más álgido (puede incluso existir un agravamiento del síntoma en los compases finales de esta fase).

Debido a la importancia de los silencios en la terapia psicoanalítica de Luis Cencillo, él mismo propone una clasificación sistemática de los silencios, basándose en aquellos tipos que aparecen comúnmente en el proceso psicoterapéutico. Es en esta fase en concreto cuando los silencios se hacen más patentes, tanto para el terapeuta, que en ocasiones puede sentir ansiedad al no ver al paciente progresar en su camino a pesar de asistir a las sesiones, como

para el propio paciente, que puede sentir que más que avanzar retrocede. Por ello, con brevedad, expondremos aquí la clasificación de los silencios propuesta por nuestro autor. Existen once tipos de silencios (Cencillo, 1988a):

- Vacíos e inertes, al comienzo de la terapia.
- Provocadores, el paciente obligando a hablar al terapeuta en un intento de ganar el pulso o la iniciativa de la sesión.
- Silencios resistentivos: aquellos que aparecen cuando el paciente no puede asociar ni recordar, o simplemente no sabe qué decir.
- Preparatorios: en los que el paciente se escucha por dentro y piensa antes de hablar.
- Transicionales, donde se cambia de fase a otra, debido a que cambian los ritmos, el material y la relación transferencial.
- Profundos: provocados ante la falta de expresiones y de nuevos contenidos.
- Silencios elaborativos: estos se diferencian a los profundos únicamente en que en estos el paciente está digiriendo lo verbalizado y elaborando lo que se ha dicho.
- Silencios ansiógenos.
- Los traumáticos: que se denominan así por intervenciones erróneas del terapeuta, que pueden “descolocar al paciente”.
- Y finalmente los silencios expresivos, en los que el paciente busca intrigar al terapeuta, no hablando a propósito. Dentro de este grupo, se añaden otros silencios, que son aquellos de *petición de ayuda*, en los que el paciente parece decir que necesita ayuda para continuar.

### 3.3 Posicionamiento resistentivo

Este posicionamiento, suele ser, tanto para el paciente como para el terapeuta sin experiencia, una sorpresa que viene a reforzar las dudas y sospechas del posicionamiento mesetario (Cencillo, 1988a). El paciente se encuentra peor, desarrollando síntomas que nunca tuvo o agravando los anteriores. Se parte del planteamiento de que la neurosis, antes de remitir de forma definitiva, hace todos los esfuerzos por perdurar, por ello, en esta etapa es

donde el síntoma cobra más fuerza. De no conocerse esto, el proceso puede confundir al terapeuta (y este achacar a sí mismo este desenlace), y desmotivar al paciente. Normalmente, un proceso resistitivo aparece después de un proceso resolutivo, cuando ha habido indicios de movilización. En estos casos, la propia resistencia es un indicador de que el proceso avanza correctamente. Ello sucede así porque la personalidad (más o menos estabilizada) del paciente rechaza instintivamente la desestabilización y el cambio (Cencillo, 1988a). Existe una definición de los tipos de resistencias que pueden aparecer en este u otros momentos del proceso terapéutico (Cencillo, 1988a):

- Resistencia pragmática (diurna y práctica): el paciente comienza a hacer en su vida real todo lo que puede para perjudicar el avance de la terapia (por ejemplo, vincularse con personas que le producen perjuicio), o empieza a tener irregularidades en su estilo de vida.
- Resistencia paralizante: de pronto, se muestra rígido y frío, sin motivación para seguir con la terapia, pareciendo que sus energías se han evaporado.
- Resistencia confusiva: la transferencia positiva se diluye, se desconecta del hilo conductor dinámica del proceso, descalifica las técnicas a pesar de haber comprobado su eficacia, presenta confusión de metas, ideas y deseos.
- Resistencia submisiva: se trata de lo contrario a la confusiva, el paciente se identifica en exceso con el terapeuta y no se opone a nada. Es de los más peligrosos y difíciles de superar, puesto que para su superación hay que pasar por la emergencia de agresividad contenida.
- Agitación y somatizaciones.
- Miedos parciales: el paciente comienza a temer determinadas tareas u objetos, o sentir angustia general ante el futuro o ante la vida.

El modo de enfrentarse al proceso terapéutico en estos períodos resistitivos se concreta en las siguientes pautas: (1) no engancharse en la resistencia, de modo que el discurso llegue a polarizarse en torno a ella; (2) no dejarse desestabilizar ni mostrar preocupación o turbación y desconcierto por la emergencia (de la resistencia); (3): mostrar mayor comprensión que nunca con el estado y el comportamiento del paciente; (4) explorar los sentimientos propios para hallar las claves de la resistencia o su “sentido”; y (5):

desarrollar una *mayéutica* que ponga en evidencia las contradicciones que ese sistema encierra y en las que se mueve el paciente.

Sabremos que ha finalizado esta etapa cuando se hayan dado algunas de estas condiciones: desmontaje del sistema defensivo, movilización de la agresividad, revivenciación de traumas o carencias primordiales o la comprensión del sistema condicionante familiar.

### 3.4 Posicionamiento resolutivo y movilizativo

Una vez elaborada la anterior fase, o producido este posicionamiento resistitivo hacia el final de la terapia, con algunas de las condiciones anteriormente descritas como criterio (y constatando, efectivamente, que las resistencias del paciente van remitiendo conforme transcurre el tiempo), sucede repentinamente el posicionamiento resolutivo. El paciente, mayéuticamente acorralado y habiendo dado expresión a sus deseos más espontáneos y radicales, se moviliza afectivamente y comprende vivencialmente su historia y su sistema simbólico. A partir de este momento, la terapia acabará con relativa brevedad.

Puede producirse este momento de modo paulatino, hasta que los estados del ánimo formas de proceder del paciente fuera de sesión parezcan haber cambiado radicalmente, o puede producirse de forma repentina, como un *insight*. En ambos casos, se trata de un desgaste del sistema de resistencias. Lo decisivo en esta fase resolutiva no es que se analice acerca de los deseos, sino la movilización afectiva que su verbalización produzca. Según Cencillo (Cencillo, 1973a), el *insight* no consiste en un acto cognitivo o concienciativo (a diferencia del psicoanálisis ortodoxo), sino que es fundamentalmente un acto asuntivo, en el que intervienen distintos componentes:

- Emotividad (suscitadas por una cognición no sólo racional).
- Autoimagen en proceso de identificación.
- Relación existencial de esta identidad con una situación inadecuada.
- Pulsiones reprimidas que inician su movilización.
- Orientación de los impulsos.

- Reajuste de las fantasías concomitantes del paciente a la identidad y a la practicidad de las situaciones concretas.

En el *insight* no se produce solamente la toma de conciencia de las experiencias que generaron la actitud neurótica, ni siquiera es necesario que suceda la rememoración, sino que basta con que aumente la conciencia de identidad de forma masiva, que se distancia emocionalmente de su imagen anterior y de las relaciones mantenidas.

La familia tiene en este momento una especial importancia, puesto que la gran mayoría de los pacientes requieren como condición indispensable elaborar sus implicaciones afectivas con la familia, y las atribuciones y expectativas de las que ha sido objeto. Esto se hace aún más necesario cuando, por ejemplo, hay un sentimiento generalizado de “pena” o de “cariño excesivo” en el paciente, o cuando éste es siempre el culpable de incidentes que ocurren en el grupo familiar

Existe un fenómeno denominado “salto del resorte” que consiste en el conjunto de condiciones del avance terapéutico que se producen cuando se da el paso de la fase resistensiva a la resistitiva:

- Desmontaje del sistema de defensa inconsciente.
- Expresión de deseos infantiles.
- Movilización de la agresividad contra el terapeuta (a veces consiste en negar las satisfacciones de los deseos infantiles, u otras como agresión o negación de la autoridad).
- Revivenciación de traumas primordiales (en contraste con el psicoanálisis ortodoxo, éste no se produce con brevedad y es de lo último a lo que se llega).
- Concienciación de los sistemas de percepción de la realidad (esto es, entender los filtros, o pensamientos automáticos, que se suceden).
- Comprensión (o *insight*) de los sistemas afectivos familiares.
- Asunción de lo negativo y siniestro de uno mismo y de lo ajeno.
- Aceptación total del sí mismo, tanto lo positivo como lo que no.

El ritmo del paciente en esta etapa no se suele considerar como un factor de buen o mal pronóstico (a no ser que sea demasiado accidentado), puesto que el propio ritmo puede ocultar y desvelar resistencias del paciente. Si el proceso va mal, la causa probablemente sea la del terapeuta. Existen tres actitudes fundamentales que ha de tomar el terapeuta si no quiere caer en las “trampas” del caso: no compartir con el paciente sus optimismos curativos ni depresiones derrotistas, no pretender curar el síntoma a toda cosa o intentar avanzar de forma despreocupada por el resto de aspectos y no contaminar el caso con sus propias interpretaciones o hipótesis. La actitud ideal sería la de serenidad total y atención flotante.

### 3.5 Posicionamiento integrativo

El planteamiento de Luis Cencillo (Cencillo, 1988a) parte de la idea de que la personalidad no se halla automáticamente organizada desde un inicio, si no que ha de hacerse a sí misma, asimilando y transformando dialécticamente los aprendizajes y la educación. Así, lo que las personalidades no conflictivas van realizando a lo largo de su infancia y adolescencia, el paciente lo hará en terapia. A este reagrupamiento de los componentes lo llamamos *integración* y su resultado vivenciable es la *identidad*.

Por *integrar* se entiende la *interconexión* de elementos dentro de una unidad sistemática, en la que todos y cada uno de ellos ejerzan una función. Esto es, por ejemplo, cuando la persona se orienta al mundo en base a sus percepciones y no a sus pensamientos o imaginaciones, o cuando es asertivo en vez de agresivo).

Por *identidad* se entiende la autopercepción vivencial de la propia *singularidad* como distinta de los “otros” y como unidad de componentes heterogéneos y de comportamientos de los cuales uno se hace responsable. La identidad no se piensa o se imagina: es dimensión vivencial que acompaña y asiste a los actos, pensamientos y afectos del individuo humano. Por ejemplo, hay personas que no tienen identidad, o conciencia de ella, y la toman de su sexo, religión, modas de vestir, de comportarse, etc.

Entonces, la integración identificativa, supone conciencia de hacerse cargo sin miedos de cuanto le es propio a uno mismo, sin parcialidad de impulsos ni de símbolos, sin pérdida de autonomía en sus acciones o derivaciones somáticas. La persona tiene una singularidad identificada en sí misma, actúa con responsabilidad y será psicológicamente libre. Libertad, que en este caso significa sentirse libre en sí mismo y en su identidad, capaz de desarrollar su conducta desde una visión propia de la vida y del mundo, como dominio mental, emocional y

práctico de la propia realidad dinámica (impulsos, tendencias, afectos, criterios, opciones y decisiones) en sus relaciones con las demás realidades.

De lo que se trata en esta fase ya no es la recogida, análisis e interpretación de material (aunque se continúe haciendo de forma secundaria) si no que lo fundamental es:

- Ir devolviendo las partes buenas del paciente de forma reestructurada.
- Irle situando frente a su imagen total, aunque deficitaria, asumible.
- Irle situando ante la realidad de la existencia, compleja y dura.
- Y todo ello mediante la vivenciación de su identidad, singular y concreta.

Toda esta integración de la que hablamos no puede dejarse a la espontaneidad, el terapeuta tiene que asistir y apoyar en todo este proceso. La actitud debe de ser no dirigista ni ideológica, sino mayéutica, de forma estricta. No se debe juzgar, sino estimular al paciente a que califique y juzgue sus actuaciones y sus consecuencias (y se pregunte de esta forma si quiere seguir por esa línea de actuación, o si lo que hace es lo correcto o apropiado), sin embargo, si se producen conductas muy desadaptativas es comprensible y esperable la actuación del terapeuta para evitar que se desarrollen patrones a partir de ellas. Por esta razón, existe una fase o posicionamiento llamado “resemantizador”.

### **3.6 Posicionamiento resemantizador**

Estos tres últimos posicionamientos (integrativo, resemantizador y realizativo) suelen ser paralelos a veces, puesto que es complicado integrar sin dotar de significado nuevo. Sin embargo, no son pocos los casos en los que para que exista la resemantización es necesaria una mínima integración.

Según Cencillo (Cencillo, 1978; 1988b), el mundo real no le viene dado al sujeto como un hecho que se percibe objetivamente por los sentidos, sino que cada grupo, cada generación, cada clase social, cada familia y cada individuo modulan su mundo desde unos códigos, unas inversiones de significado y de emocionalidad, unas estructuras lógicas y unas incidencias prácticas, que no son comunes a todos y que, en cierta medida, pueden cambiar. Es conveniente para el paciente un reajuste de significados, emociones, tendencias y motivaciones para comprender los nuevos territorios en los que va a desarrollar su conducta.

Resemantizar es, en definitiva, dotar de un nuevo significado (más apropiado, más elaborado) a aspectos que ya poseían uno.

Los resultados que se han de conseguir en esta fase pueden resumirse en los siguientes puntos (Cencillo, 1988a):

- Adquirir y ejercitar una complejidad de visión madura, incoativamente al menos, y opuesta al simplismo infantil de los comienzos.
- Adquirir sensibilidad a la hora de respetar al otro, como específico, en sus derechos y en las relaciones con el mismo: como iguales.
- Empezar a saber “leer” situaciones y a percibir las exigencias *objetivas* (las que hay, no las autoimpuestas). De la mano con saber responder a ellas de forma práctica y objetiva, sin autosacrificios (por ejemplo, en personas demasiado preocupadas por la opinión de los demás).
- Realización propia, concretada en la capacidad de organizar tareas, graduar medios y riesgos, desarrollar creatividad y eficiencia, y no hacer simplemente actividades por la gratificación o el prestigio.

Este tipo de saber acerca de las exigencias de la realidad, de la humanidad del comportamiento del hombre, en forma de autopercepción de sí mismo en función del resto, es lo que se llama “ética”. Cencillo utiliza el concepto de ética autógena para referirse a aquella ética que es propia de los pacientes que han transcurrido por todo el proceso y que es objetivo fundamental de estos últimos posicionamientos, concretamente este.

La ética autógena es una ética volcada hacia lo concreto de cada situación., es el entendimiento práctico y concreto (desde principios generales orientativo) que nos sirve para enfrentarnos a las demandas objetivas de las situaciones. Los pacientes parten en su mayoría de éticas heterogéneas (y no del todo asumidas, puesto que si lo fueran no podrían aparecer divisiones de impulso, afectividad o deseos) y autoritariamente impuestas. Esta ética autógena ha de ser personal, adquirida y deducida por uno mismo, no es ni individualista, ni de contenidos (sino de visión y apreciación de las circunstancias del modo más objetivo posible). Aunque parte de esta ética (e incluso probablemente casi su totalidad) se realice “fuera” de sesiones, es necesario un rodaje y un entrenamiento, conveniente que se haga en relación terapéutica.



La actitud del terapeuta en este posicionamiento continúa siendo puramente mayéutica, ejerciendo de espejo del paciente. En casos extremos, como fuente de información objetiva acerca del mundo. Cuando los pacientes intenten buscar soluciones, ideas o ayuda en el terapeuta lo que estarán haciendo será una ruptura de encuadre, y como tal no debe el terapeuta entrar en ese “juego”. Una función fundamental es ayudar al paciente a comprobar sus contradicciones, sus metas incongruentes, sus pensamientos erróneos. Por ejemplo, cuando la meta del paciente es un reforzador secundario como el dinero, o cuando ven las relaciones sociales como relaciones de poder y dominio.

### 3.7 Posicionamiento realizativo

Como la gran parte de lo que ocurre en este posicionamiento está muy relacionado y se ha descrito en el anterior (aspectos como la ética autógena, o la actitud del terapeuta), resulta procedente hablar de una de las aportaciones más importantes de Cencillo circunscrita a las fases finales de todo proceso terapéutico: los criterios de alta.

Identidad, fluidez en los deseos y su búsqueda, así como en lo correspondiente a lo afectivo y practicidad, serían las dimensiones de la salud psíquica externamente observables en el comportamiento, sobre todo si da muestras de serenidad y de aceptación. Un estado general de bienestar físico y una comprensión y consideración abierta de las otras personas (con defensas sociales, pero estas ya no siendo excesivas como antes) (Cencillo, 1988a).

De esta forma, *la salud mental según Luis Cencillo es una realidad densa en parámetros y compleja en sus procesos. Comprende tres dimensiones simultáneas:*

- a. Integración asuntiva de componentes de personalidad.*
- b. Movilización de impulsos coordinados.*
- c. Canalización de energías, adecuadamente, hacia la realidad.*

*Y se concreta según nuestro autor en una serie de 28 indicadores convergentes de salud psíquica que corresponden a los niveles: A. - Práctico, B. -Emocional, C. -Cenestésico, D. -Simbólico, E. - Existencial (Ortiz Oria, 2018, p. 396).*

Se añaden, además, esta serie de 28 indicadores que bien pueden entenderse como criterios de alta, o como criterios de salud psíquica. Por su extensión, hemos decidido adjuntar en un apéndice estos criterios (Ver Apéndice C).

Se recomienda no terminar con las sesiones de forma brusca, sino ir paulatinamente alargando los tiempos entre ellas, de forma que se mantiene una continuidad en el proceso terapéutico, diluyendo esta en el tiempo hasta su terminación. Este alargamiento del tiempo entre sesiones ocurre a lo largo de toda la terapia, en momentos identificables por el terapeuta. Por ejemplo, en las primeras fases se recomienda que haya sesiones a la orden de una o dos a la semana, llegando incluso a tres, para que se produzca una transferencia adecuada y romper los silencios iniciales. Posteriormente, no se requiere una atención tan continuada y se pueden ir espaciando a una por semana, hasta llegar a una cada dos semanas en las últimas fases. Llegados a este último posicionamiento, este alargamiento puede llegar a ser un “seguimiento” del caso, cada mes o varios meses.

## 4. Discusión

### 4.1 Psicoterapia Dialyítica de Luis Cencillo: discusión de resultados

El principal objetivo de esta revisión ha sido analizar la información existente sobre la articulación del proceso terapéutico de la psicoterapia integrativa del profesor Luis Cencillo. Hemos realizado una breve introducción teórica y una fundamentación antropológica para posteriormente desengranar aquellas piezas clave del proceso terapéutico: los posicionamientos a lo largo del tratamiento.

Como podemos observar, el modelo psicoterapéutico propuesto por Luis Cencillo se rige por unos principios de *diálisis* y de *hologénesis*, esto es, por un lado, dotando al paciente de un papel activo a lo largo del proceso, y dotando al terapeuta un rol de algo más que un mero *analista* de conducta de la persona, si no también de guía y de *asistente* en sus circunstancias vitales desfavorables y los desajustes de personalidad; y por otro, teniendo en cuenta a la persona como un todo en la que precisamente *todo* lo de su alrededor está afectando, de una forma u otra.

Asimismo, uno de los aspectos a destacar del modelo dialytico es el no definirse como un modelo dogmático o doctrinal con un encaje a priori, sino que, como podemos observar a lo largo de las diferentes fases, teniendo plena conciencia y en cuenta a las necesidades de cada caso. En más de una ocasión repite Cencillo que uno de los aspectos más importantes para realizar un buen tratamiento es *abrirse al caso*. Por ello, en las primeras fases de la psicoterapia es decisivo el escuchar al paciente sin interpretar sus intervenciones, ni promover unos aspectos del discurso o de su vida concretos, si no darle *libertad de expresión* y de elección de temática de la que hablar.

Cabe destacar, dentro de la propia articulación terapéutica, aquellas aportaciones de Luis Cencillo que nos han parecido más interesantes y relacionadas con el tema propuesto. Así, hablamos de *material* como toda aquella información verbal y no verbal utilizable e interpretable en terapia; los *principios* actitudinales para hacer emerger el mismo; una clasificación sistematizada de los tipos de *resistencias* y de los tipos de *silencios* que aparecen a lo largo del proceso terapéutico; el *salto del resorte* como momento iniciador de la resolución y el ajuste de la personalidad; el ir un paso más allá del psicoanálisis ortodoxo en lo que respecta al *insight*, teniendo en cuenta que no es resolutivo en sí mismo; la *integración*

*identitaria* y la *ética autógena*... Así como otros que aparecen a lo largo del trabajo, más todos aquellos que por cuestiones de espacio y de relación no hemos podido dar cabida aquí.

Finalmente, uno de los elementos más sugerentes e interesantes de la propuesta de Luis Cencillo de un modelo dialytico, es su fundamentación teórica en la antropología, la comprensión del ser humano, que hace que este sistema sea en apariencia muy diferente al que estamos habituados a ver por parte de otras doctrinas psicológicas (en las que se incluye el propio psicoanálisis ortodoxo). Desde luego, esta visión es complementaria a la Psicología, siendo un elemento enriquecedor de la misma, no sustitutorio, lo que nos permite dar un paso más allá en la búsqueda de la comprensión más integral y holística del ser humano.

#### **4.2 Justificación de la revisión propuesta**

Hemos tratado, por una parte, la justificación y fundamentación antropológica teórica como elemento introductorio y necesario para el entendimiento del trabajo como un todo, y por otra parte la discusiones de las aportaciones del modelo de Cencillo. Sin embargo, existen algunos aspectos que justifican el interés de este tipo de estudios. A pesar de las limitaciones de búsqueda y de falta de artículos científicos (que serán tratadas en un apartado próximo de limitaciones) este trabajo plantea el estudio y la revisión de la evolución de los planteamientos del profesor Luis Cencillo que más incumben a la psicología como ciencia. No es una revisión al uso, pero no por ello no debe la ciencia preocuparse por estos planteamientos por no tener una base de científicidad basada en revistas y en artículos, si no que debe aprovechar estos trabajos tanto como los otros, pues otorgan una visión diferente a la que estamos acostumbrados a escuchar. Y es, en definitiva, tanto cometido de la ciencia, como cometido de la psicología en cuanto a la comprensión del ser humano, no dejar de intentar buscar una visión lo más holística e integral posible de la realidad y para llegar a comprenderla.

#### **4.3 Relevancia del trabajo para la Psicología**

Entre otras aportaciones ya tratadas en el primer apartado de este punto, y en los resultados, también la visión de Luis Cencillo tiene relevancia para las funciones del Psicólogo en particular y para la Psicología en general. Concretamente:

- Aporta una nueva visión de la comprensión del ser humano desde el plano de la antropología, integrando los conocimientos de esta disciplina a la psicología.

- Realiza una definición del proceso terapéutico que intenta incluir a cualquier tipo de paciente y sintomatología, al margen del diagnóstico que sirven de ayuda al terapeuta.
- Otorga una visión que engloba tanto el psicoanálisis como otras corrientes de la psicología (sistémica, cognitivo-conductual y humanista) al tener en cuenta los diferentes aspectos de cada una.
- Y, en definitiva, todas aquellas aportaciones que aparecen en cada una de las fases, como los *silencios* o las *resistencias*, que buscan perfilar los procesos de tratamiento, y que surgen como fenómenos transversales a las doctrinas psicológicas.

#### 4.4 Limitaciones del trabajo

Este trabajo no está exento de limitaciones, entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- Una de las principales limitaciones de la revisión es la carencia de datos estadísticos relacionados con la eficacia terapéutica, así como artículos científicos o estudios publicados que analicen casos bajo el presente modelo. De la misma manera, tampoco hemos encontrado análisis de fiabilidad o validez, debido a la falta de medición. Habiendo Cencillo escrito sobre este tema, el contrapunto se debe a la naturaleza de los fenómenos psíquicos y humanos, algunos pudiéndose medir y siendo positivados (como los que utiliza usualmente la corriente cognitivo-conductual) y otros muchos sin esta posibilidad. No obstante, Cencillo (1977) escribe que existen más de 400 casos tratados por él con eficacia, y actualmente existen profesionales que respaldan el modelo y lo utilizan, por ejemplo, en el Instituto Psicoanalítico de Salamanca.
- Asimismo, la metodología de esta revisión es escasa y no está basada en artículos científicos, como son la gran mayoría de revisiones bibliográficas, puesto que no existen artículos publicados bajo este modelo terapéutico. Se ha intentado subsanar esta dificultad recurriendo al Instituto Psicoanalítico de Salamanca, centro de referencia de la terapia dialytica.

- Es también de destacar la dificultad de este tipo de terapia debido a que se centra en la *estructura* de la personalidad, y no sólo en el síntoma. Por ello los problemas en la medición y de modelización.
- Por otro lado, existen las críticas propias del psicoanálisis ortodoxo que son extensibles a este modelo. Hablamos de la longitud de los tratamientos, que puede llegar a superar los dos años, y de la dificultad de su aplicación en ámbitos que requieren intervenciones más inmediatas y rápidas. Asimismo, también adolece de una pasividad demasiado frustrante para el paciente en sus primeras etapas, buscando aliviar el síntoma en muchos casos en primera instancia.

## 5. Conclusiones

La revisión realizada permite concluir a nivel general que el proceso de la articulación terapéutica de la psicoterapia integrativa de Luis Cencillo puede aportar múltiples herramientas para el Psicólogo General Sanitario en su faceta de psicoterapeuta, así como aportes concretos en cuanto a sus otras facetas. Específicamente, esta revisión otorga la posibilidad de constatar:

- La antropología, como disciplina científica, puede aportar (y en este modelo se comprueba que aporta) conocimientos muy valiosos para la psicología, tanto en su ámbito teórico, como en su realidad práctica.
- Es necesaria una *sistematicidad* en nuestra práctica, junto con una modelización de aquellos aspectos de la personalidad de los que es posible recabar información.
- El objetivo terapéutico no es curar el síntoma, es acompañar y asistir, sirviendo de guía, para una integración *profunda* de la personalidad.
- Existe un modelo de articulación terapéutica que es capaz de incorporar la problemática ocurrente en psicología, con sus fases y posicionamientos perfectamente descriptibles y definidos por Luis Cencillo. En el que observamos que:
  - Los pacientes no están en un estado estanco, por lo que el terapeuta tampoco debe estarlo.
  - No se ajusta el paciente a una técnica o corriente, el terapeuta *se abre al caso*, escuchando sin interpretar ni juzgar y dando libertad en el discurso.
- Finalmente, que la integración en psicoterapia no es el uso de técnicas de una corriente u otra cuando al terapeuta le parece oportuno o le viene al caso, sino la existencia de un modelo sistematizado que da cabida a las aportaciones de todas ellas.

## 6. Referencias bibliográficas

- Cencillo, L. (1971). *El inconsciente*. Madrid: Marova.
- Cencillo, L. (1973a). *Terapia, lenguaje y sueño*. Madrid: Marova.
- Cencillo, L. (1973b). *Método y base humana*. Madrid: Syntagma Ediciones.
- Cencillo, L. (1974). *Libido, terapia y ética: conflictividad ética del psicoanálisis*. Madrid: Verbo Divino.
- Cencillo, L. (1975). *Dialéctica del concreto humano*. Madrid: Marova.
- Cencillo, L. (1977). *Transferencia y sistema de psicoterapia*. Madrid: Pirámide.
- Cencillo, L. (1978). *El hombre, noción científica*. Madrid: Pirámide.
- Cencillo, L. (1982). *Los sueños, factor terapéutico*. Madrid: Marova.
- Cencillo, L. (1988a). *La práctica de la psicoterapia: (de orientación dialéctica)*. Madrid: Marova.
- Cencillo, L. (1988b). *Interacción y Conocimiento*. Salamanca: Amarú.
- Cencillo, L. (2001). *Lo que Freud no llegó a ver*. Madrid: Syntagma Ediciones.
- Cencillo, L. (2002). *Cómo Platón se vuelve terapeuta*. Madrid: Syntagma Ediciones.
- Cencillo, L. (2008). *Eficacia de una terapia dinámica*. Madrid: Manuscritos.
- Instituto Psicoanalítico de Salamanca. (2019). Obras del Psicoanálisis Antropológico del Profesor Luis Cencillo. Recuperado de <https://ipsisalamanca.com/2019/06/26/bibliografia/>
- Ortiz Oria, V. M. (2018). *Lecciones de psicoterapia de Luis Cencillo*. Madrid, España: LC Ediciones.



## 7. Apéndices

### Apéndice A. Axiomática epistemológica para las ciencias humanas. Recuperado de: Cencillo, 1982, pp. 35-38

- *Axioma 1: Hay diversos modos de ser, a diversos niveles y de diversa calidad (y no solamente dos: mente o producto mental y “cosa” o sustancia sensorial).*
- *Axioma 2: Todo lo que se manifiesta en la experiencia humana (objetivo y subjetiva) ES de alguno de estos modos de ser.*
- *Axioma 3: Todo lo que es puede convertirse en un objeto de una ciencia específica, útil para la praxis transformativa del mundo y promotora de las posibilidades humanas.*
- *Axioma 4: Todo lo que se manifiesta SIGNIFICA.*
- *Axioma 5: Todo lo que significa es índice de realidad a algún nivel.*
- *Axioma 6: Criterio decisivo para juzgar de la objetividad real de lo que se manifiesta no es su “sustancialidad física”, ni su perceptibilidad sensorial, sino su eficacia al incidir en los procesos prácticos y el modo específico de ejercerla.*
- *Axioma 7: Para llegar a convertirse en objeto formal de una ciencia basta con que aquello que se manifiesta (“fenómeno”) presente unas constantes, unos ritmos, unos rasgos o estructuras modelizables, sea cual fuere su “naturaleza” o constitución física, o llegue a integrarse en un sistema de estructuras modélicas controlables, aunque éstas sean artificiales.*
- *Axioma 8: La percepción sensorial (en la que las ciencias físicas y biológicas en definitiva se fundan) es la menos fiable de las vías de contacto con la realidad, aunque resulte aquello en que social y colectivamente coinciden todos los observadores.*
- *Axioma 9: Los objetos formales de las ciencias físico-matemáticas son siempre constructos irreales y abstractos.*
- *Axioma 10: Los productos de la fantasía y de la subjetividad presentan aquellas constantes, aquellos ritmos y aquellos rasgos estructurales susceptibles de modelización y de sistema, luego pueden convertirse en objeto de otras tantas ciencias estrictas.*
- *Axioma 11: Tanto estos objetos como los de la percepción sensorial, para convertirse en tales objetos formales de una ciencia específica han de ser interpretados, es decir, hermenéuticamente traducidos a un lenguaje de relaciones sistemáticas y modélicas, en lo cual vienen a coincidir todos los tipos de “objetos”.*
- *Axioma 12: Por tanto, puede haber diversas ciencias, todas ellas rigurosas y en sentido estricto, fundadas en diversos lenguajes y tipos de modelización sistemática, y concernientes a los diversos niveles y campos de fenómenos como se presentan a la experiencia humana.*

- *Axioma 13: Por tanto, puede haber una ciencia estricta sobre los sueños (y no en su aspecto biológico, sino en sus aspectos significacionales y manifestativos o sintomáticos).*
- *Axioma 14: Las ciencias en tanto tales no pueden versar acerca de las “sustancias” sino de los fenómenos.*

## **Apéndice B. Bibliografía propuesta por el Instituto Psicoanalítico de Salamanca para el estudio de la obra de Luis Cencillo.**

**Recuperado de:** <https://ipsisalamanca.com/2019/06/26/bibliografia/>

### *OBRAS DE PSICOANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DEL PROFESOR LUIS CENCILLO*

*Las obras más directamente relacionadas con el psicoanálisis antropológico están agrupadas en los siguientes apartados: Base antropológica del psicoanálisis, Arquitectura conceptual de sistema de psicoterapia, Sueños, Psicopatología psicoanalítica y salud mental y Ética, Política y Estética.*

#### *1. BASE ANTROPOLÓGICA DEL PSICOANÁLISIS*

- 1. Tratado de la intimidad y de los saberes (1971) Fundamentos de antropología del conocimiento, general y pedagógica, epistemología y lógica. Madrid, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid, Syntagma: textos de investigación. Serie A; 4*
- 2. El Hombre, noción científica (1978) Madrid, Pirámide.*
- 3. Interacción y conocimiento I y II (1988) Vol. I, Discurso, lenguaje y procesos cognitivos. Vol. II, Sujetos, referencia y reflexión. Salamanca, Amarú.*
- 4. Cómo Platón se vuelve terapeuta (2002) Syntagma Ediciones. Madrid.*
- 5. Antropología de la lógica y futuro de la reflexión filosófica. (1980) Salamanca. Separata de: Cuadernos salmantinos de filosofía, VI, 1979.*

#### *2. ARQUITECTURA CONCEPTUAL DEL SISTEMA DE PSICOTERAPIA*

- 1. Dialéctica del concreto humano (1975) Cuestiones, estructuras, procesos y consecuencias de la personalidad. Madrid, Ediciones Marova, Biblioteca. Marova de Estudios del Hombre; 25*
- 2. El inconsciente (1971) Madrid. Marova, Biblioteca Marova de estudios del hombre.*
- 3. La práctica de la psicoterapia de orientación dialéctica (1978) Madrid, Marova.*
- 4. Eficacia de una psicoterapia dinámica (2008) Editorial Manuscritos. Madrid.*
- 5. Transferencia y sistema de psicoterapia (1977) Madrid, Pirámide.*
- 6. Lo que Freud no llegó a ver (2001) –Una terapia eficaz- Madrid, Syntagma Ediciones.*

#### *3. SUEÑOS*

- 1. Los sueños factor terapéutico (1982) Madrid, Biblioteca Marova de estudios del hombre.*
- 2. Terapia lenguaje y sueño (1973) Biblioteca Marova de estudios del hombre.*
- 3. Los sueños y sus verdades (2001) Generación, forma y acierto de los sueños. Syntagma Ediciones. Madrid.*

#### *4. PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA Y SALUD MENTAL*

1. *La psicología como posibilidad (1988) Epistemología específica de las ciencias psicológicas e identidad profesional del psicólogo. Amarú Ediciones. Salamanca.*
2. *Conflictos de la sexualidad infantil (1972) Hijos frente a padres. Editorial CISSA. Madrid.*
3. *Homosexualidad y paradojas sociales (2002) Syntagma Ediciones. Madrid.*
4. *Raíces del conflicto sexual (1975) Madrid, Guadiana.*
5. *Sexo, comunicación y símbolo (1993) Barcelona. Anthropos.*
5. **ÉTICA, POLÍTICA Y ESTÉTICA**
  1. *Libido terapia y ética (1974) Conflictividad ética del psicoanálisis. Estella (Navarra). Verbo Divino.*
  2. *El Estado sin dolor (1974) Principios de una nueva justicia internacional. Syntagma Ediciones. Madrid.*
  3. *Paradojas de la Belleza (2003) Un estudio psicoevolutivo de la creatividad artística. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid.*
  4. *Creatividad, Arte y Tiempo, I y II (2000) Antropología del arte. T. I, Creatividad y materiales. Creatividad, arte y tiempo: su conflictividad y sus estilos. T. II, Europa. Madrid, Syntagma.*

**Apéndice C. Indicadores convergentes de salud psíquica. Recuperado de: Cencillo, 2001, p. 343-345.**

1. *Práctico:*
  1. *Coordinación suficiente de acciones y de medidas con fines.*
  2. *Adopción realista y productiva de metas y proyectos.*
  3. *Control del tiempo.*
  4. *Control de imprevistos y remodelación del proyecto.*
  5. *Atención eficaz a las condiciones objetivas (para asegurar resultados).*
  6. *Atención eficaz a los actos internos y mentales del agente (para controlarse elásticamente y conocer lo que le está pasando).*
2. *Emocional:*
  1. *Ausencia de angustia, ansiedad, depresiones o exaltación maniaca.*
  2. *Conducción de los afectos (por lo menos no ignorancia de ellos).*
  3. *Capacidad de empatía, porosidad afectividad, de fruición.*
  4. *Capacidad de realizaciones afectivas intensas, pero no alienantes y cuando menos capacidad de contacto.*
  5. *No tener rigidez en el sistema defensivo.*
  6. *Bienestar emocional difuso, que prevalece sobre experiencias negativas: Fluidez, distensión, “esponjamiento”, sin interferencias confusivas e impedientes de la acción.*
3. *Cenestésico.*
  1. *Ausencia o remisión (en los comienzos) de somatizaciones.*
  2. *Bienestar físico difuso, aun a pesar de ciertas dolencias orgánicas.*
  3. *Normalización del aparato digestivo, respiratorio y de la piel.*
  4. *Normalización del sueño.*
4. *Simbólico.*

1. *Funcionamiento, no perturbador, de las cadenas simbólicas.*
2. *Conciencia realista del significado y de sus nexos con afectos.*
3. *Filtración y transparencia de los símbolos respecto de la realidad.*
5. *Existencial:*
  1. *Identidad poseída y capacidad de responsabilidad.*
  2. *Vivencia moderada de seguridad en el ser sí mismo.*
  3. *Adaptabilidad dialéctica al cambio situacional.*
  4. *Elasticidad en las relaciones sociales.*
  5. *Capacidad de síntesis y de motivaciones y de metas.*
  6. *Lógica y claridad relativa de los procesos mentales.*
  7. *Centramiento asuntivo en lo objetivo y ajeno.*
  8. *Autoposesión y dominio interno, más poroso y flexible en sus relaciones reales.*
  9. *Eficacia operativa.*

*En definitiva, la salud psíquica se puede condensar comprendiariamente en los siguientes rasgos:*

- *Elasticidad generalizada – Fluidez.*
- *Objetividad y lucidez – Control no rígido.*
- *Filtraje el “fuera” al “dentro” y viceversa.*
- *Comunicabilidad y empatía*
- *Autoposesión comunicativa y productiva, de la propia identidad.*